

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1940-1941 — N° 6

Travail de la Clinique d'Ophtalmologie du Professeur P. BONNET

LES TUMEURS MÉLANIQUES DU REPLI SEMI-LUNAIRE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 29 Octobre 1940

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Henri VORILHON

Né le 3 Avril 1913, à AMBERT (Puy-de-Dôme)



LYON

BOSC Frères M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

—
1940

LES TUMEURS MÉLANIQUES
DU REPLI SEMI-LUNAIRE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1940-1941 — N° 6

Travail de la Clinique d'Ophthalmologie du Professeur P. BONNET

LES TUMEURS MÉLANIQUES

DU

REPLI SEMI-LUNAIRE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 29 Octobre 1940

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Henri VORILHON

Né le 3 Avril 1913, à AMBERT (Puy-de-Dôme)



LYON

BOSC Frères M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

—
1940

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire.....	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. A. MORFEL.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANNOIS HUGOUNENQ, PIC, CONDAMIN, PAVIOT.
NICOLAS, VILLARD, NOVE-JOSSERAND, TIXIER, COLLET, GAVET, CLUZET
BERARD, COURMONT, GUIART, PIERY

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	MM. FROMENT
Cliniques chirurgicales.....	SAVY.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	PATEL.
Clinique ophtalmologique	LERICHE En mission)
Clinique dermatologique et syphilligraphique.....	VORON.
Clinique neurologique et psychiatrique.....	BONNET.
Clinique médicale infantile	FAVRE.
Clinique gynécologique	LEPINE (J.).
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND.
Clinique urologique	COTTE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	REBATTU.
Clinique et prophylaxie de la tuberculose.....	CIBERT.
Clinique des maladies infectieuses.....	TAVERNIER
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	X ..
Chimie biologique et médicale.....	J. CHALIER.
Chimie organique et Toxicologie.....	PONTHUS.
Matière médicale et Botanique.....	FLORENCE.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	MOREL.
Anatomie	MANCEAU.
Histologie	X ..
Physiologie	LATARJET.
Pathologie interne.....	POLICARD.
Pathologie générale et thérapeutique.....	HERMANN.
Anatomie pathologique.....	CORDIER.
Chirurgie opératoire.....	CADE.
Médecine expérimentale et comparée et Bactériologie.....	J.-F. MARTIN.
Médecine légale.....	SANTY.
Hygiène	ARLOING (F.).
Pharmacie et Pharmacologie.....	MAZEL.
Hydrologie thérapeutique et Climatologie.....	ROCHAIX.
	LEULIER.
	X ..

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours d'Anatomie médico-chirurgicale.....	MM. THEVENOT (Léon)
Chargé d'un cours d'Embryologie.....	NOEL.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
GABRIELLE	P. RAVAUULT	CLAVEL	FROMENT (R.).
CHAMBON	PIGFAUD	LEVRAT	MARTIN (P.-E.).
REVOL	CROIZAT	BANSSILLON	MOUNIER-KUHN
ENSELME	DELORE	MALLET-GUY	BROUSSY
SEDALLIAN	JOSSERAND	ROMAN	PIFFAULT
CREYSSEL	MORIN	PEYCELON	
DE ROUGEMONT	BERTRAND	JOURDAN	

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. BONNET, *président*,
J.-F. MARTIN, CROIZAT et LEVRAT, *assesseurs*

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

Toute mon affection et profonde
reconnaissance.

A MES FRERES ET BELLES-SŒURS

A TOUS LES MIENS ET A TOUS MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BONNET

Professeur de Clinique Ophtalmologique

Chirurgien des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'Honneur

Il nous a inspiré cette thèse et nous a consacré son temps et son travail pour son élaboration. Nous n'oublierons jamais sa bienveillance et la peine qu'il s'est donné pour nous.

Pour le très grand honneur qu'il a bien voulu nous faire en acceptant la présidence de cette thèse, nous le prions de bien vouloir trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

A NOTRE JURY DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR JOSEPH.-F. MARTIN

Professeur d'Anatomie Pathologique

Chevalier de la Légion d'Honneur

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CROIZAT

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LEVRAT

A MONSIEUR LE DOCTEUR COLRAT

Nous le remercions profondément d'avoir bien voulu nous aider de ses conseils et de son expérience et le prions d'accepter l'expression de toute notre gratitude.

A TOUS NOS MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX
ET A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

LES TUMEURS MÉLANIQUES DU REPLI SEMI-LUNAIRE

INTRODUCTION

Les tumeurs du repli semi-lunaire, comme celles de la caroncule lacrymale, passent pour être exceptionnellement observées. Morax n'écrivait-il pas, en 1926 : « Les tumeurs malignes du pli semi-lunaire et de la caroncule lacrymale sont extrêmement rares... Malgré le nombre relativement grand de cancers de l'appareil visuel que j'ai eu l'occasion d'observer, je n'ai rencontré aucun cas de tumeur maligne primitive de ces petits organes ».

Il faut sans doute revenir sur cette opinion. Les tumeurs de la caroncule et du repli semi-lunaire ne sont pas tellement rares. Dans la thèse de son élève Guien, en 1935, le Professeur Bonnet apportait 4 cas personnels de tumeurs de la caroncule lacrymale. Nous-même apportons ici 5 observations de tumeurs mélaniques du repli semi-lunaire, observées à la Clinique du Professeur Bonnet. A vrai dire, il ne s'agit pas toujours de tumeurs malignes, du moins par leur évolution, mais il s'agit de tumeurs dont l'évolution ultérieure vers la malignité doit être envisagée et dont le traitement doit être discuté.

L'intérêt des cas que nous rapportons réside surtout dans les renseignements donnés par l'examen biomicroscopique, à la lampe à fente, dont nous apportons l'iconographie.

Les tumeurs malignes du repli semi-lunaire sont mal connues, en raison du petit nombre de publications. Elles n'ont été identifiées que très récemment. Le premier cas date de 1873, il est dû à Meighan ; il s'agissait d'un mélanosarcome. Les observations ultérieures demeurent éparses dans la littérature. Les faits relatés par Piccoli, Rumschewitsch, Lietto-Vollaro, la publication de Beauvieux dans les « Archives d'Ophtalmologie », en 1913, et la thèse de Cabé, apportent quelques précisions sur les caractères et l'histologie des tumeurs du repli semi-lunaire. En raison du problème thérapeutique qu'elles posent, ces tumeurs méritent, selon nous, d'être mieux étudiées.

Notre étude se limite aux tumeurs primitives du repli semi-lunaire, qui ont leur intérêt propre. Les tumeurs secondaires, par envahissement progressif d'une tumeur conjonctivale, relativement fréquentes, ne trouvent pas place ici.

Notre but initial était d'apporter ici une étude des tumeurs du repli semi-lunaire en général.

Pour cela, nous avons passé en revue la littérature sur ce sujet. Nous avons ainsi recueilli, épars dans la littérature, en y comptant les 5 observations personnelles du Professeur Bonnet, 26 cas de tumeurs du repli semi-lunaire ; ils se répartissent ainsi :

Tumeurs mélaniques	12
Lymphosarcomes	2

Lymphomes au cours de la leucémie.....	5
Lymphomes au cours de la lymphogranulomatose	1
Polype	1
Fibrome télangiectasique	1
Hypertrophie du repli	2
Dermoïdes	4

On voit ainsi que la moitié environ des tumeurs observées au niveau du repli semi-lunaire sont des tumeurs mélaniques.

Les autres sont, le plus souvent, des tumeurs d'origine lymphoïde.

En raison du caractère disparate des tumeurs observées, autres que les tumeurs mélaniques, en raison de la difficulté rencontrée à les interpréter du point de vue histologique, ou du caractère incomplet de l'observation, nous avons renoncé à aborder une étude d'ensemble, préférant nous en tenir à l'étude des tumeurs mélaniques.

Celles-ci ont une individualité bien tranchée. D'autre part, les documents recueillis à la Clinique du Professeur Bonnet concernaient uniquement des tumeurs mélaniques.

Nous avons pensé faire œuvre plus personnelle en apportant ces documents, avec une étude des tumeurs mélaniques observées à la lampe à fente. Cette étude biomicroscopique domine le diagnostic de ces tumeurs. L'iconographie recueillie par le Professeur Bonnet nous permet d'apporter ici une contribution au diagnostic clinique, toujours si délicat, de la malignité relative des tumeurs mélaniques.

Nous n'aurons en vue que les « Tumeurs mélaniques du repli semi-lunaire », qui ont leur intérêt propre. Les tumeurs secondaires, par envahissement progressif d'une tumeur de la conjonctive, relativement fréquentes, ne trouvent pas place ici ; leur étude se confond avec celle des tumeurs de la conjonctive.

LE REPLI SEMI-LUNAIRE

Le repli semi-lunaire, *plica semilunaris*, est un repli de la conjonctive bulbaire situé un peu en dehors de la caroncule. A peine visible lorsque l'œil regarde en avant, il est accolé à la caroncule, qu'il borde d'un mince trait vertical.

Lorsque l'œil regarde en dehors, le repli semi-lunaire s'étale et se sépare de la caroncule ; il apparaît alors sous forme d'un croissant vertical, à concavité orientée en dehors, comme le tranchant d'une faux (repli falciforme de Reitsch).

Bien développé chez l'enfant, il s'étend en hauteur d'un cul-de-sac conjonctival à l'autre. Il représente un organe rudimentaire, reliquat de la troisième paupière ou membrane nictitante des animaux.

Embryologie

Le repli semi-lunaire s'installe de bonne heure ; Popow en a trouvé la première ébauche chez l'embryon de 18 millimètres. Dans l'angle interne de l'œil et derrière les paupières, alors qu'elles sont encore

soudées, s'élève de la conjonctive bulbaire un nouveau repli : repli semi-lunaire chez l'homme, troisième paupière ou nictitante des animaux. Son ébauche est semblable à celle des paupières et tout à fait indépendante de celle de la caroncule lacrymale qui n'apparaît que beaucoup plus tard (Ask). Dans les derniers mois de la vie fœtale, le repli croît rapidement ; son prolongement inférieur surtout se développe ; il restera ultérieurement le plus marqué.

L'importance relative de cette ébauche diminue avec l'âge. Le *repli semi-lunaire de l'adulte* offre de grandes variations : il n'est pas rare qu'il présente, à la partie moyenne du bord tranchant, un petit nodule saillant, homologue du nodule cartilagineux qui, chez les singes inférieurs et chez les antropoïdes, renforce le pli falciforme. De telles ébauches cartilagineuses ont été observées chez les nègres d'Afrique (75 %), les Hottentots (48 %), les Japonais (20 %), très rarement chez les Européens (0,73 %). La forme du nodule est alors le plus souvent ronde, à bord mousse, biconvexe ; sa grosseur est très variable.

Histologie

Le repli semi-lunaire possède, sur sa face bulbaire, le même épithélium, à 6 couches, que la conjonctive bulbaire avoisinante. Au sommet du pli, les couches cellulaires sont plus nombreuses (8 à 10). Les cellules basales sont cylindriques, les couches moyennes fusiformes, orientées vers la surface, les cellules superficielles sont en quilles ou cylindriques.

Sur la face palpébrale, l'épithélium redevient formé de 6 couches, avec cellules basales cylindriques. Au niveau de la commissure, vis-à-vis de la caroncule, il est formé de 2 couches, avec cellules superficielles cubiques et cylindriques, comme dans les gouttières de la conjonctive tarsienne.

L'épithélium du pli semi-lunaire est, en dehors du sommet de la caroncule, le seul endroit de toute la conjonctive où l'on observe assez souvent des mitoses.

Au voisinage de la caroncule et sur toute sa face palpébrale, jusqu'au sommet du pli, plus que partout ailleurs sur la conjonctive, on observe une richesse particulière en cellules caliciformes. Certaines de ces cellules à mucus sont superficielles, isolées ou réunies en groupes ; d'autres sont profondes, soit isolées et reliées à la surface par un mince canal intra-épithelial, soit réunies en groupes, qui s'abouchent dans un canal commun (glandes muqueuses intra-épithéliales de Tourneux). Ces boyaux de cellules muqueuses peuvent descendre jusqu'aux cellules basales ; elles sont, à l'embouchure, toujours bordées de cellules cubiques ordinaires (H. Virchow).

En profondeur, certaines cellules chromatophores, dites de Langerhans, sont infiltrées de pigment. Celui-ci, bien souvent incolore chez l'homme blanc, n'en existe pas moins en assez grande quantité, mais il doit être révélé par une technique appropriée. La présence de ce pigment permet d'expliquer le développement de tumeurs mélaniques à ce niveau.

Interposé entre ces deux feuillets muqueux, il existe

un stroma axial formé d'une lamelle de tissu conjonctif assez mince, renfermant des vaisseaux en très grand nombre. Ce tissu conjonctif consiste en faisceaux de fibres plusieurs fois entrecroisées (Eversbuch) ; il devient, vers la surface, plus dense ; cependant, sous l'épithélium, reste une couche lacuaire où se voient de petites inclusions de lymphocytes.

Wirchow signale, dans le repli semi-lunaire, la formation de papilles peu élevées, irrégulières.

Le cartilage du pli, maintes fois rencontré chez l'homme, est élastique, entouré d'un fort périchondre (P. Bartels). Autant qu'une musculature est observée dans le repli, il s'agit de fibres musculaires lisses, qui appartiennent apparemment au muscle capsulo-palpebral (Hesser) ; elles courent en sens sagittal et peuvent entrer en liaison avec le cartilage lorsqu'il existe (Giacomini 1892, Fleischer 1907). Il n'existe pas de fibres musculaires striées chez l'homme, tandis que dans le repli des singes (Peters 1890) et de l'orang (Bartels), on trouve des fibres musculaires striées venant de l'orbite et se rendant au cartilage.

Les glandes n'existent que rarement dans le repli de l'homme et alors seulement en petit nombre. Ask remarqua que dans le pli temporaire, relativement gros, de l'embryon, paraît se développer une glande rudimentaire. Contino, en 1909, trouva, chez la plupart des embryons et des fœtus, parfois même chez l'adulte, dans la moitié supérieure du pli, près du bord libre, une glande en forme de massue, qui est déjà presque à l'état d'ébauche chez l'embryon de 41 millimètres et qui, chez l'adulte, peut atteindre une longueur

d'environ 1 millimètre ; elle s'abouche à la surface palpébrale du pli ; sa cavité est tapissée de cellules caliciformes.

Chez un Boschiman, Giacomini observa, en dehors de petites glandes de Krause, une glande plus grosse qu'il considère comme une glande de Harder. Parmi les singes, H. Wirchow trouva, chez un macaque rhésus, à la surface bulbaire du repli, 10 petites glandes isolées. D'après Peters, on peut voir, chez d'autres singes, des glandes lacrymales de Krause à la partie supérieure du pli. On sait que la membrane nictitante des animaux suceurs contient la glande nictitante qui correspond, comme structure, à la glande lacrymale et à la glande de Harder, située plus profondément, d'apparence sébacée ; elle s'abouche à la face bulbaire de la membrane nictitante.

Considérations d'ordre physiologique

Le repli semi-lunaire de l'homme représente un organe rudimentaire. De ce fait, il ne saurait prétendre au rôle de membrane nictitante qu'il possède chez l'animal.

Il n'en joue pas moins le rôle de repli conjonctival et, dans les mouvements du globe, de « tablier conjonctival », dans une certaine mesure comparable au tablier épiploïque.

Adhérent par sa base et à ses extrémités, il est libre par son repli, séparé de la conjonctive bulbaire par une petite fente. Lorsque l'œil est orienté en dehors,

le repli semi-lunaire s'étale sur la conjonctive bulbaire, balayant en dehors les corps étrangers. Lorsque l'œil est orienté en dedans, il se replie dans l'angle interne de l'œil, formant un cul-de-sac profond. On le voit alors balayer la surface de la cornée, sur une petite étendue de sa partie interne qu'il recouvre.

Balayant sans cesse la cornée et la partie interne de la conjonctive bulbaire, le repli semi-lunaire est exposé à l'irritation par les corps étrangers de la conjonctive. A cela, il doit sans doute l'abondance des amas de lymphocytes qui infiltrent le chorion, réaction probable à un processus inflammatoire chronique. On sait que pour Olonzeva et Pokrovski, le caractère adénoïde et la formation de follicules dans la conjonctive est déterminé par une irritation venue de l'extérieur ou de l'intérieur.

Exposé aux causes d'irritation chronique de la conjonctive, le repli semi-lunaire se trouve exposé aux néoplasies à point de départ irritatif.

Le Professeur Bonnet a souligné depuis longtemps le rôle du traumatisme et de l'inflammation dans l'apparition des tumeurs mélaniques.

La richesse du repli semi-lunaire en tissu adénoïde explique, d'autre part, la fréquence relative des tumeurs de la série lymphoïde.

LES TUMEURS MELANIQUES DU REPLI SEMI-LUNAIRE

I. — Etude clinique

Parmi les tumeurs du repli semi-lunaire, ce sont de beaucoup les plus fréquentes.

On les observe à tout âge. Exceptionnellement, elles sont cliniquement congénitales : dès la naissance, les parents ont remarqué la présence, dans l'angle interne de l'œil, d'une petite tache brune. Le plus souvent, elles sont observées au voisinage de l'adolescence ou chez des sujets relativement jeunes.

Il n'est pas rare que le malade attribue l'apparition de la tumeur à un traumatisme. Dans notre observation I, le malade incriminait une brûlure oculaire par projection d'acide. Lorsqu'il s'agit de tumeurs mélaniques, l'étiologie traumatique ou inflammatoire ne saurait être niée *a priori* ; on connaît, en effet, la fréquence des tumeurs mélaniques développées au talon, à l'occasion du traumatisme provoqué par un clou de la chaussure ; on connaît la fréquence relative des tumeurs mélaniques développées sur les doigts à l'occasion d'un panaris (panaris mélanique d'Hutchinson). (Voir thèse P. Bonnet : la mélanose et les tumeurs mélaniques, Lyon, 1911). Il convient

cependant de n'accepter qu'avec les plus expresses réserves l'origine traumatique des tumeurs du repli semi-lunaire.

Il est probable que nombre de nævi du repli semi-lunaire restent inaperçus du malade lui-même. On en peut juger par la fréquence relative des taches pigmentées discrètes que l'on rencontre au cours des examens à la lampe à fente.

Par contre, il semble bien que les premiers signes d'une poussée évolutive attirent de bonne heure l'attention des parents, lorsqu'il s'agit d'un enfant. On apprend alors qu'en quelques mois est apparue une tache pigmentée qui a augmenté de volume.

L'aspect de la tumeur est caractéristique : une petite tache noire occupe la face antérieure du repli semi-lunaire, plus souvent encore elle occupe le bord libre et fait une légère saillie. L'aspect est tel que l'on croit tout d'abord à un corps étranger de la conjonctive. On croit qu'il s'agit d'un de ces petits coléoptères, du genre staphylins, que tout le monde connaît : au cours d'une promenade à bicyclette, au déclin du jour, ils sont projetés dans l'œil où ils provoquent une cuisson intense. Le premier geste du médecin est de charger un bourdonnet de coton à l'extrémité d'une allumette, pour extraire ce corps étranger. Ce fut le geste de tous les assistants de la Clinique ophtalmologique qui examinèrent successivement le petit malade de l'observation II.

Le rapport de Cuénod et Nataf, à la Société française d'Ophtamologie, montre, sur la planche XXVII, une image caractéristique d'un nævus pigmentaire du repli semi-lunaire.

La tache noire est fixe ; elle fait corps avec le repli semi-lunaire, c'est à peine si elle fait sur son bord libre une légère saillie ; elle est bien circonscrite ; elle ne compromet ni la souplesse ni la mobilité du repli. Jusqu'à plus ample informé, c'est-à-dire jusqu'à confirmation par l'examen biomicroscopique, il s'agit d'un *nævus pigmenté*.

Dans d'autres cas, et le plus souvent chez des sujets plus âgés, la tumeur a déjà acquis un certain volume : celui d'une lentille ou d'un pois, parfois d'une noisette ; elle fait à la surface du repli une saillie notable, irrégulière ; parfois, elle est nettement pédiculée ; sa coloration est inégalement sombre ; la limitation moins précise. Le repli est adhérent à sa base ; il a perdu sa souplesse ; une vascularisation anormale est visible à l'œil nu. Le malade accuse une gêne fonctionnelle dans l'occlusion des paupières, il souffre de larmolement ; il se plaint surtout d'une démangeaison qui le pousse à porter constamment les doigts à l'angle de l'œil. Sur ces signes, dès l'abord, l'examen clinique conduit au diagnostic de *nævo-carcinome*. Cependant, la palpation de la région prétragéenne ne permet de percevoir, le plus souvent, aucun ganglion.

Ainsi se présente le diagnostic des tumeurs mélaniques du repli semi-lunaire : on dit *nævus pigmenté*, tumeur mélanique, mais sans avoir acquis jusqu'ici aucune conviction réelle sur le degré de malignité. C'est un diagnostic provisoire, dont on ne saurait se contenter à l'heure actuelle.

Le diagnostic d'une tumeur mélanique du repli semi-lunaire ne commence réellement qu'avec l'*examen biomicroscopique*, à la lampe à fente. C'est le mérite de Mawas d'avoir insisté sur la valeur des signes observés à la lampe à fente.

A vrai dire, ils ne sont pas toujours absolument décisifs, en ce qu'ils ne permettent pas toujours de trancher sur le degré de malignité de la tumeur. Ils ont du moins la valeur de signes de présomption.

Le *nævus* peut apparaître à tout âge. Il peut rester indéfiniment stationnaire ; il peut rester en sommeil : *nævus quiescent*. Il peut alors être considéré, provisoirement du moins, comme tumeur bénigne ; il peut être respecté, sous la condition d'une surveillance à intervalles réguliers, pendant des années.

L'examen biomicroscopique permet, jusqu'à un certain point, d'affirmer le caractère « tranquille » du *nævus* (Mawas). En pareil cas, quelle que soit l'intensité de la pigmentation, il n'y a jamais de vaisseaux au voisinage immédiat de la tache pigmentée. Celle-ci se présente comme un semis de taches brunâtres, éparses ou agglomérées ; parfois, un véritable tapis pigmenté s'étale autour de taches claires nettement arrondies, qui correspondent probablement à des glandes sébacées ou à des formations kystiques, assez fréquentes dans le *nævus quiescent* (Mawas, Cuenod et Nataf). Les vaisseaux contournent au loin les masses brunâtres, sans les pénétrer, ou courent indifférents à leur voisinage.

Devant ces signes, on est autorisé à l'expectative, avec les réserves que nous formulerons plus loin. Mais

le nævus quiescent ne l'est pas toujours de façon définitive, c'est pourquoi il est indispensable de relever un schéma très exact des lésions observées, figurant l'étendue de la tache pigmentée, le comportement des vaisseaux, ceci pour servir de point de comparaison avec les données des examens ultérieurs. Cette manière de faire est rigoureusement observée à la Clinique du Professeur Bonnet ; les schémas que nous rapportons avec les observations en sont le témoignage. Ainsi, le moindre signe évolutif sera reconnu au cours des examens ultérieurs.

Le *nævo-carcinome* peut se manifester comme tumeur primitive, sans que jamais la présence d'un nævus préexistant ait attiré l'attention. Plus souvent, un nævus jusqu'ici tranquille, connu depuis longtemps, paraît s'étendre en surface, commence à saillir, augmente de volume, en même temps qu'il s'accompagne d'une certaine gêne fonctionnelle, de démangeaisons. La région avoisinante apparaît alors hyperhémisée. Cette vascularisation anormale constitue le fait capital que révèle l'examen biomicroscopique :

La tumeur apparaît bossuée, irrégulièrement pigmentée. De nombreux vaisseaux, venus des cornes du repli semi-lunaire, l'abordent et s'épanouissent au voisinage de la tumeur ; d'autres, venus de la profondeur, pénètrent la tumeur, se fauillent tortueux entre les lobules, envoient de la profondeur des arborisations vasculaires qui s'épanouissent à la surface en tourbillons visibles dans l'intervalle des espaces pigmentés. Tandis que le pigment réparti en surface est de teinte brunâtre, sépia, on voit transparaître

des masses pigmentées plus profondes avec une teinte ardoisée, bleutée. Des traînées de pigment accompagnent les vaisseaux, à distance de la tumeur.

Ces signes, observés à la lampe à fente, sont caractéristiques de la malignité.

Dans des cas plus évolués, la tumeur déborde le repli semi-lunaire, s'étend à sa base, occupe l'angle interne de l'œil, au point qu'il apparaît difficile de déterminer le point de départ aux dépens de la caroncule ou du repli semi-lunaire. L'étude attentive des observations publiées révèle qu'en pareil cas le point de départ est habituellement au niveau de la caroncule.

L'examen biomicroscopique n'est pas seulement indispensable au diagnostic ; il ne sert pas seulement à affirmer le caractère de malignité. Il permet d'apprécier l'étendue, invisible à l'œil nu, de la tumeur, d'en déterminer les limites histologiques. Il doit servir ainsi à guider l'acte chirurgical, à décider de l'étendue du sacrifice. Il n'est pas rare que de petites taches pigmentées aberrantes, distantes de la tumeur, parsemées sur la conjonctive bulbaire, invitent à étendre au-delà de la tumeur visible elle-même, les limites de l'exérèse.

II. — Traitement

Si vraiment la nature exacte de la tumeur pouvait être élucidée par le seul examen clinique, on pourrait, en présence d'une tumeur mélanique du repli semi-lunaire, mettre en discussion l'opportunité de l'exérèse systématique :

En présence d'un nævus quiescent, on s'en tiendrait à l'expectative, sous la condition d'une surveillance à intervalles réguliers;

En présence d'un nævo-carcinome, on déciderait l'ablation chirurgicale.

Et c'est bien ainsi que, le plus souvent, on agit en pratique. Si le nævus est une découverte de hasard, si, examiné à la lampe à fente, il ne présente aucun des signes évolutifs que nous venons de décrire, si, d'autre part, le malade se trouve dans des conditions où la surveillance puisse être assurée à intervalles réguliers, on décide, en général, l'expectative.

Il n'est pas certain que ce soit là cependant la conduite la plus judicieuse :

Trop souvent, d'une part, malgré les recommandations, le malade se soustrait à une mise en observation régulière;

D'autre part, malgré les données de valeur incontestable de l'examen bio-microscopique, l'examen clinique est impuissant, à lui seul, à nous renseigner de façon formelle sur le caractère de malignité de la tumeur. Dans plusieurs cas, le Professeur Bonnet, ayant

cru avoir enlevé un nævus non dégénéré et avoir fait ainsi une opération de simple prudence, a eu la surprise de découvrir, à l'examen histologique, les signes indiscutables de malignité. Dans deux observations, il est fait mention que le malade, observé une première fois, refusa l'opération proposée ; on se trouva, lors d'un examen ultérieur, en présence d'une tumeur à évolution rapide et l'exérèse s'imposait alors avec un caractère d'urgence.

La crainte, si souvent mise en avant par certains auteurs contre l'exérèse systématique d'un nævus, d'une transformation épithéliomateuse provoquée par l'opération, n'est justifiée que vis-à-vis d'une opération insuffisante ou traumatisante. C'est pourquoi une biopsie de contrôle, avant exérèse, est formellement contre-indiquée.

Anatomiquement, le repli semi-lunaire est un organe mobilisable, facilement isolable des parties voisines. La tumeur peut être emportée avec l'organe qui la porte. A ce titre, l'exérèse d'un nævus, même quiescent, du repli semi-lunaire, est parfaitement justifiée ; elle est recommandable. Elle met fin à toute arrière-pensée au point de vue de l'évolution ultérieure ; elle tranquillise le malade ; elle sauvegarde l'avenir.

L'exérèse chirurgicale est l'opération de choix. Le Professeur Bonnet la préfère à la diathermo-coagulation.

L'opération doit être conduite avec le souci d'éviter tout risque de dissémination. Voici la technique que le Professeur Bonnet utilise ordinairement :

Anesthésie par infiltration, l'aiguille étant introdui-

te à distance du repli semi-lunaire. Celui-ci se trouve ainsi mis en relief, clivé des plans profonds.

Aux deux extrémités supérieure et inférieure du pli vertical, à distance de la tumeur, un fil de catgut fin, serti, est passé pour servir de fil tracteur.

Le repli ainsi présenté, extériorisant la tumeur, l'exérèse est conduite au couteau de Lagrange, celui-même qui sert à l'irido-sclérectomie. L'incision circonscrit au large la tumeur, d'abord du côté caroncule, puis du côté bulbaire.

Le repli semi-lunaire est ainsi enlevé, avec la tumeur qu'il porte, sans le secours de la pince à disséquer, toujours dangereuse en pareil cas. Un surjet à l'aide du catgut tracteur ferme la brèche conjonctivale.

Ainsi l'opération est aussi peu traumatisante que possible.

III. — Anatomie pathologique

a) Le NÆVUS est caractérisé, du point de vue histologique, par la présence, au-dessous de l'épithélium, de cellules spéciales, dites « cellules næviques », très souvent pigmentées, disposées de façon variable, en traînées ou en amas, parfois isolées. L'origine de ces cellules a été très discutée. Darier a démontré, en ce qui concerne les nævi cutanés, leur origine épithéliale. Elles apparaissent comme des cellules émigrées de l'épithélium conjonctival, d'où le nom de ségrégation donné à cette migration des cellules næviques.

La ségrégation, ou séparation par groupes cellulaires, débute au niveau de la membrane basale. Les cellules ainsi isolées ont tous les caractères des cellules épithéliales. Elles forment, au contact de l'épithélium, des amas clairs, constituant de véritables *thèques*, s'accompagnant d'une pigmentation plus ou moins intense. Ces thèques subissent, les unes un mouvement ascensionnel (thèques intraépithéliales), les autres un déplacement vers le derme (thèques sous-épithéliales).

Dans la profondeur, les cellules perdent de plus en plus leurs caractères épithéliaux ; elles subissent une métaplasie qui leur confère l'aspect de cellules conjonctives ou même de fibres musculaires lisses.

Dans le nævus du repli semi-lunaire, à côté des cellules épithéliales næviques, on trouve des groupes de cellules à mucus, qui ont une grande tendance à

se fondre et à disparaître (Mawas). C'est ainsi que l'on voit des thèques contenir soit des cellules muqueuses intactes, soit des débris de cellules muqueuses, soit du mucus proprement dit. En certains endroits, on retrouve tantôt des *formations pseudo-kystiques*, avec lumière limitée par des cellules épithéliales, tantôt des *formations kystiques* vraies, limitées par des cellules à mucus. Certaines cavités sont limitées par des cellules épithéliales et des cellules næviques. En définitive, il existe des îlots de cellules næviques cohérents, des formations pseudo-kystiques (à cellules næviques et muqueuses) et des formations kystiques (à cellules muqueuses).

Le pigment, plus ou moins abondant, se montre, sur les coupes, sous forme de granulations jaunâtres, brunes ou noires, tantôt intracellulaire, dans les cellules næviques, dites *mélanoblastes*, situées pour la plupart dans les couches épithéliales supra-basales, tantôt extra-cellulaires, particulièrement dans la profondeur, au niveau du derme. On peut encore voir dans la profondeur, des cellules conjonctives chargées de pigment : *chromatophores*.

b) Le NÆVO-CARCINÔME. — Les phénomènes de ségrégation réapparaissent aussitôt qu'un nævus entre en activité. On voit alors, dans la profondeur, des phénomènes de métaplasie cellulaire : certaines cellules prennent un aspect fusiforme, qui leur confère une analogie trompeuse avec le sarcôme, d'autres présentent des monstruosités ; on rencontre des cellules géantes avec plusieurs noyaux et de nombreuses cellules en karyokinèse.

Le pigment est réparti de façon irrégulière. D'après

Mawas, on ne constate, dans le nævo-carcinôme, ni cellules à mucus, ni formations kystiques.

La conjonctive présente une réaction de défense, dont témoignent la vascularisation particulièrement riche du stroma, la réaction leucocytaire ou plasmo-cytaire.

Tels sont les caractères classiques des tumeurs mélaniques de la conjonctive, tumeurs næviques.

Mais en pratique, et c'est le fait à mettre en évidence, souligné après tant d'autres par Prosper Veil, en présence d'une coupe histologique, on est toujours frappé de la difficulté que l'on éprouve à préciser, du point de vue histologique, le caractère de bénignité ou de malignité de la tumeur.

Du point de vue histologique, la plupart des tumeurs enlevées chirurgicalement apparaissent malignes.

Du point de vue clinique, l'absence de récurrence après ablation, leur confère le caractère d'une bénignité relative.

** Les tumeurs mélaniques du repli semi-lunaire, histologiquement malignes le plus souvent, évoluent cliniquement comme des tumeurs bénignes : elles récidivent rarement après ablation.*

Dans un cas de Pflüger, cependant, cité par Morax, l'extirpation de la tumeur mélanique fut suivie, deux ans après, de récurrences multiples de la grosseur d'une tête d'épingle, sur le bord de la paupière inférieure.

Dans le cas observé par Rumschewitsch, concernant un étudiant de 22 ans, la récurrence suivit de près l'opération. Après quelques mois, la tumeur de récurrence atteignait le volume d'un œuf de pigeon.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Clinique Ophtalmologique du Professeur P. BONNET

Nævo-carcinôme du repli semi-lunaire

M. Amad, 47 ans.

Le malade vient consulter pour une petite tumeur de l'angle interne de l'œil gauche.

Il raconte qu'il y a huit mois, il aurait reçu, au cours de son travail, quelques gouttes d'acide dans l'œil. A dater de ce moment, l'œil serait resté rouge et aurait commencé à larmoyer, mais il n'était pas douloureux. En même temps, une tache noire serait apparue à l'angle interne de l'œil, aurait augmentée de volume.

Depuis trois semaines, le malade aurait commencé à souffrir de douleurs périorbitaires, avec paroxysmes le soir.

On observe, à la partie moyenne du repli semi-lunaire, une tumeur du volume d'une lentille, saillante, débordant le repli qui semble rétracté à sa base. La tumeur est teintée de noir et de brun, bilobée. Le repli semi-lunaire est mobilisable sur la conjonctive voisine. Une vascularisation intense couvre le repli (fig. 1).

L'examen à la lampe à fente montre : la caroncule est normale, simplement hyperhémisée (fig. 2). Le repli semi-lunaire, au-dessus de sa partie moyenne, est le siège d'une tumeur très saillante, bossuée à la surface de laquelle des plages pigmentées, d'un brun sépia intense forment une nappe continue, à bords irréguliers. La nappe pigmentée est interrompue par des espaces clairs, de forme régulière, circulaires ;

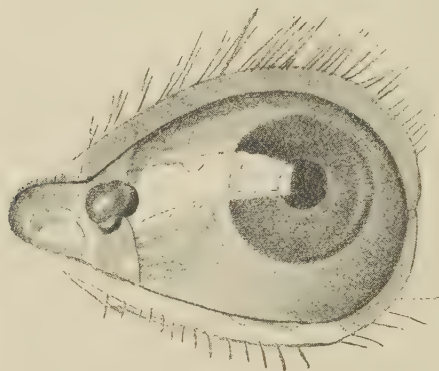


FIG. 1. — *M. Amad.* Tumeur mélanique du repli semi-lunaire.

ces espaces rappellent ceux que forment, dans les tumeurs mélaniques de la caroncule, les glandes sébacées, autour desquelles le tapis de pigment semble organisé. Des nappes d'apparence plus profondes, transparaissent en noir ardoisé. De nombreux vaisseaux occupent la base de la tumeur et serpentent entre les nodules ; d'autres, venus de la profondeur, s'épanouissent à la surface en de petites arborisations. Au-dessous de la masse principale pigmentée, un nodule blanchâtre occupe le bord libre du repli. Des vaisseaux de plus gros calibre, anormalement dé-

veloppés, apparaissent sur la conjonctive bulbaire, au-delà de la faux du repli. Il semble bien qu'il s'agisse d'un nævo-carcinôme et non d'un simple nævus du repli semi-lunaire.

Il n'y a pas de ganglion préauriculaire perceptible.

Opération, le 22 janvier 1938.

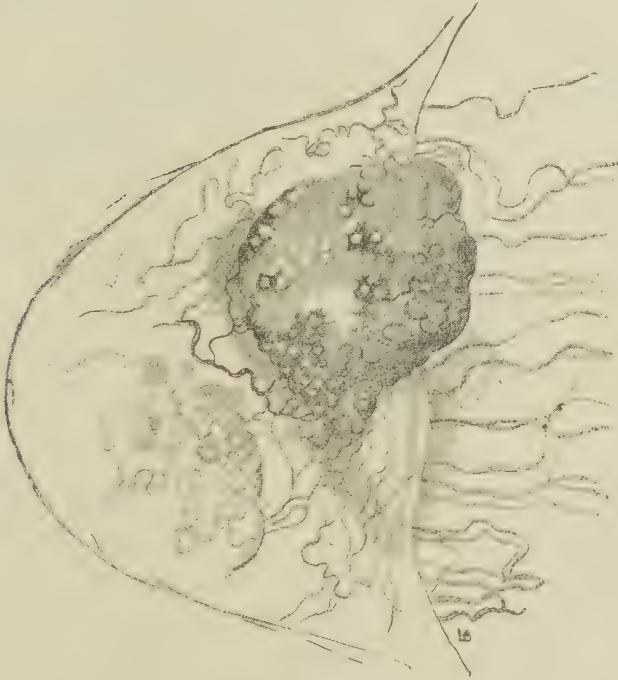


FIG. 2. — *M. Amad.* Aspect biomicroscopique de la tumeur, observé à la lampe à fente.

Un fin catgut est placé, à distance de la tumeur, à l'extrémité des cornes du repli falciforme. Ils servent de fils tracteurs et permettent d'exposer la tumeur. Au couteau de Lagrange, sans le secours des pinces à disséquer, l'excision est conduite, du côté de la caron-

cule d'abord, puis du côté de la conjonctive bulbaire, emportant en profondeur le plan épiscléral. Surjet de la brèche au catgut.

Suites opératoires simples.

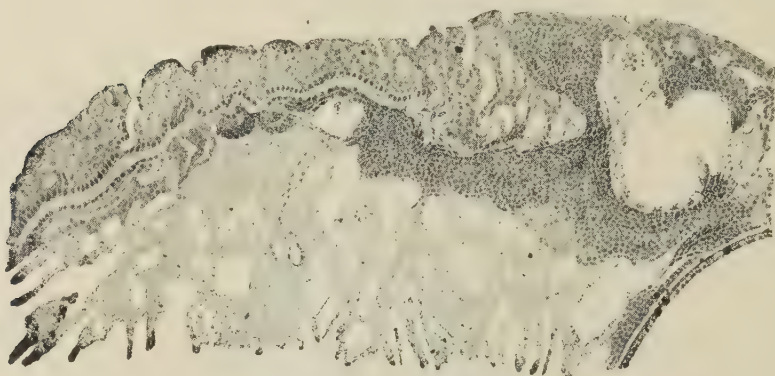


FIG. 3. — *M. Amad.* Nævo-cancer chromique et achromique, avec prédominance de cellules non pigmentées infiltrant le chorion sous l'épithélium de revêtement. Présente les signes de dégénérescence vasculaire de certaines de ces cellules. Pas de pénétration en profondeur.

Examen histologique (Docteur Colrat). — On retrouve tout d'abord, en bordure, un épithélium du type cylindrique, assez riche en cellules caliciformes ; puis cet épithélium change de caractère et s'épaissit considérablement. Les cellules constitutantes sont basophiles et deviennent pigmentées d'une façon discrète. Leurs limites, vis-à-vis de la profondeur, sont assez indistinctes. En un point se voit une vaste cavité kystique, bordée de deux ou trois couches de cellules et dont la lumière est remplie de produits de désintégration. Derme normal dans les couches profondes (fig. 3).

Il s'agit d'un nævus pigmenté, histologiquement malin.

OBSERVATION II

Clinique Ophtalmologique du Professeur P. BONNET

Tumeur mélanique du repli semi-lunaire

Ch... Marcel, 16 ans, se présente à la consultation de la Clinique, le 26 avril 1938, pour une petite tumeur noire située à l'angle interne de l'œil gauche.

On croit d'abord être en présence d'un corps étran-

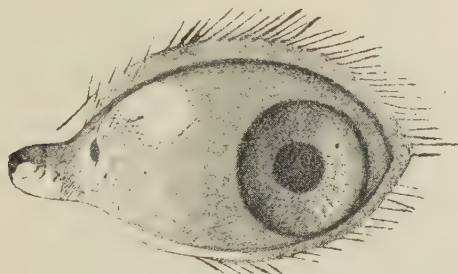


FIG. 4. — Ch. Marcel. Tumeur mélanique du repli semi-lunaire.

gèr libre de la conjonctive, à quelque escarbille ou à quelque petit insecte. Le premier geste de tous ceux qui l'observent est d'enlever ce corps étranger à l'aide d'un tampon de coton monté sur une allumette. Ce faisant, on s'aperçoit que la tache est fixe et occupe le bord libre du repli semi-lunaire (fig. 4).

La mère a remarqué depuis quelque temps déjà la présence de cette tache, il lui semble qu'elle est devenue plus apparente depuis six mois.

Examen à la lampe à fente. — Le bord libre du repli semi-lunaire, qui a conservé toute sa souplesse, est saillant en un point, occupé par une accumulation

de pigmentés brunâtres (fig. 5). La vascularisation est anormale : des vaisseaux serpentent à la surface, d'autres envoient de la profondeur des arborisations qui forment à la surface un piqueté rouge. L'accumulation de pigment est assez bien circonscrite, limitée à la partie saillante du repli ; cependant un peu de pigment est disséminé à distance sur la conjonctive bulbaire. La caroncule est normale.

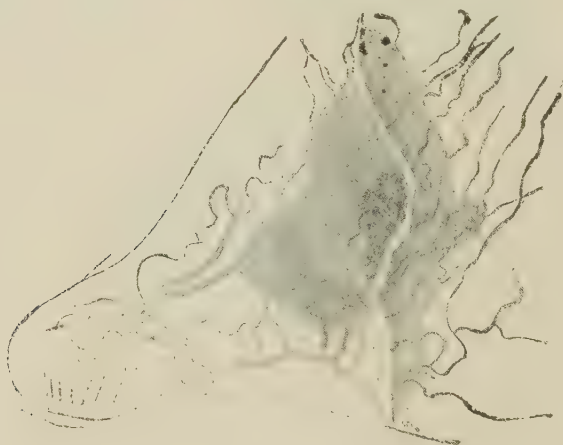


FIG. 5. — *Ch. Marcel*. Aspect biomicroscopique de la tumeur, observé à la lampe à fente.

Malgré la vascularisation déjà un peu anormale, qui doit faire soupçonner le début d'une évolution vers la malignité, nous pensons être en présence d'un nævus.

Comme les conditions anatomiques permettent une excision facile et large, le Professeur Bonnet propose, par prudence, l'ablation de la tumeur.

Opération, 26 avril 1938. — Anesthésie par infiltra-

tion à distance. Celle-ci met en relief le repli semi-lunaire et favorise l'excision. A chaque extrémité du repli, à distance de la tumeur, une aiguillée sertie de fin catgut sert de fil tracteur et, soulevant la tumeur, en facilite l'exérèse.

Au couteau de Lagrange, celui qui sert à l'iridosclé-

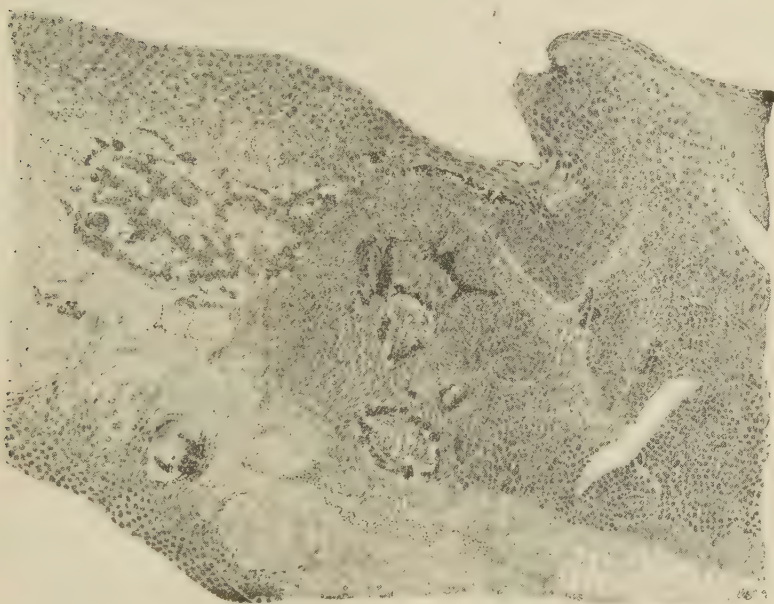


FIG. 6. — *Ch. Marcel.* Nævo-cancer chromique et achromique. Cellules néoplasiques pour la plupart sans pigment. Quelques cellules volumineuses à gros grains mélaniques (mélanophores) groupées en amas. Infiltration massive depuis la couche génératrice de l'épithélium de revêtement.

rectomie, une incision circonscrit au large la tumeur, d'abord du côté caroncule, puis du côté bulbe. La tumeur est ainsi excisée, sans le secours de la pince à disséquer, de façon à éviter tout traumatisme intem-

pestif. Suture de la brèche par un surjet au fin catgut qui servait de fil tracteur.

Suites simples.

Examen histologique (Docteur Colrat). — Le repli semi-lunaire a été coupé perpendiculairement à sa surface. On retrouve en surface, de part et d'autre du stroma, un épithélium de revêtement, hyperplasié par endroits et contenant de nombreuses cellules caliciformes. Aucune ulcération de surface. Le derme sous-jacent est rempli de néoformations qui l'occupent presque complètement. Les cellules qui constituent ces néoformations sont arrondies ou fusiformes, assez pauvres en protoplasma ; elles ne présentent ni mitoses, ni monstruosité nucléaires. En certains points ces cellules sont pigmentées. Le pigment est réparti tantôt autour des cellules, tantôt à l'intérieur même de celles-ci. Certains groupes de ces cellules néoformées occupent les parties les plus profondes de l'épithélium (thèques intraépithéliales). La tumeur est lobulée par un tissu conjonctif mince et délié, parfois œdémateux, parcouru par des vaisseaux en assez grand nombre et dont la paroi est toujours bien constituée (fig. 6).

Il s'agit d'une tumeur mélanique, du type nævique pigmentée, à la limite de la malignité.

OBSERVATION III

Clinique Ophthalmologique du Professeur P. BONNET
*Iritis bilatérale. Mélanôme de la caroncule et du
repli semi-lunaire droits.*

P... Maria, 25 ans.

La malade est adressée dans le service pour iritis bilatérale. Il s'agit d'une iritis tuberculeuse, à mani-

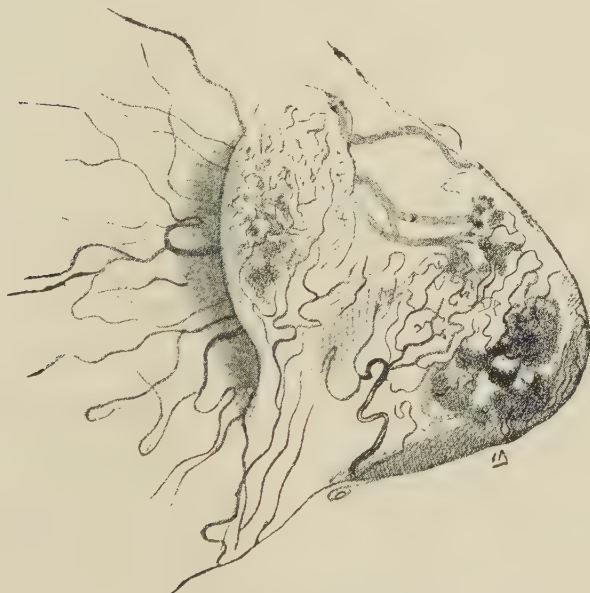


FIG. 7. — P. Maria. Aspect biomicroscopique de la tumeur, observé à la lampe à fente.

festations atténuées, pour laquelle la malade est hospitalisée et traitée à l'antigène méthylique.

L'examen permet de découvrir, du côté droit, l'exis-

tence d'une tache pigmentée qui occupe à la fois la caroncule et le repli semi-lunaire.

L'examen à la lampe à fente montre :

Le repli semi-lunaire, au-dessus de sa partie moyenne, est renflé en un nodule allongé le long du bord libre. Un semis de taches pigmentées brunâtres occupe la surface de ce nodule. Une vascularisation anormale, venue de l'extrémité inférieure du repli et venue des vaisseaux profonds, parcourt le nodule, sous forme de vaisseaux sinueux, comme fauflés (fig. 7). Des arborisations vasculaires, venues de la profondeur viennent s'épanouir à la surface parmi les taches pigmentées. La caroncule elle-même est le siège d'une pigmentation analogue, sans rapport de continuité avec celle du repli. La pigmentation est plus intense, d'un brun sépia, interrompue par des taches claires arrondies, comme si le pigment était accumulé autour des glandes sébacées de la caroncule. Des formations kystiques, translucides, avoisinent la tache pigmentée. Une vascularisation intense parcourt la caroncule, sous forme de vaisseaux sinueux et d'arborisations vasculaires en surface.

En raison de la vascularisation anormale et des arborisations en surface, on a l'impression qu'il s'agit d'un naevus en voie de transformation maligne. La malade habitant loin de Lyon et ne pouvant se soumettre à une surveillance régulière, l'ablation de la tumeur est proposée.

Opération, 29 septembre 1938. — Anesthésie par infiltration, l'aiguille étant introduite à distance du repli. Deux fils de catgut tracteurs sont placés aux extrémités supérieure et inférieure du repli, permet-

tant de l'extérioriser. La caroncule est circonscrite au couteau de Lagrange, au ras du sillon palpéral ; une autre incision libère le repli de la conjonctive bulbaire. Caroncule et repli sont ainsi enlevés en bloc. Fermeture de la brèche conjonctivale par un surjet à l'aide des fils tracteurs.

Suites opératoires simples. La malade, revue en septembre 1940 par une de ses parentes, cheftaine de la Clinique, ne présente aucun signe de récurrence locale.

Examen histologique (Docteur COLRAT). — Un des côtés des préparations est formé par un épithélium contenant de nombreuses cellules caliciformes ; en un point cet épithélium paraît hyperplasié et forme une végétation vers la profondeur.

Les couches sous-épithéliales contiennent de nombreuses glandes sébacées et quelques rares glandes lacrymales. Mais en outre, on rencontre en un point immédiatement sous l'épithélium des boyaux cellulaires pleins, formés de cellules ne présentant pas entre elles de filaments d'union. Ces cellules sont arrondies ou polygonales et n'ont pas de limites extrêmement tranchées. Elles ne présentent nulle part la tendance à s'imbriquer en bulbe d'oignon. Nous n'y avons pas vu de mitose.

On rencontre en outre dans les zones immédiatement sous-épithéliales des amas lymphoïdes. La partie profonde du stroma — serrée et dense — ne présente rien d'anormal.

Il s'agit d'un nævus dans lequel le pigment est observé en petite quantité et qui ne présente pas de signes histologiques de malignité.

OBSERVATION IV

Clinique Ophtalmologique du Professeur P. BONNET

Mélanome du repli semi-lunaire droit

B... Maurice, 8 ans.

L'enfant est amené pour un léger trouble de la réfraction. Au cours de l'examen, la mère fait obser-



FIG. 8. — B... Maurice. Aspect biomicroscopique du nævus, observé à la lampe à fante.

ver la tache noire que l'enfant porte à l'angle interne de l'œil droit et qui a pris, ces derniers temps, une allure évolutive.

Il s'agit d'un nævus du repli semi-lunaire. Le repli lui-même est saillant, un peu boudiné ; une vascularisation un peu anormale entoure une tache pigmentée.

L'examen à la lampe à fente (fig. 8) montre :

Le repli semi-lunaire forme un bourrelet saillant, vertical, bien séparé de la caroncule par un sillon profond.

A la surface du repli, une tache pigmentée brunâtre, mal circonscrite, d'aspect poudreux, masque partiellement une tache formée de points d'un noir bleu-té, à centre clair. A distance de la plage pigmentée principale, de nombreux points de couleur sèpia, sont clairsemés.

Une vascularisation anormale, couvre d'un fin réseau le bourrelet formé par le repli semi-lunaire et aborde la tache pigmentée.

Un schéma des lésions observées à la lampe à fente est relevé en vue de servir à l'observation ultérieure, qui sera faite à intervalles réguliers, pour permettre de surprendre les moindre signe d'une évolution vers la malignité.

OBSERVATION V

Clinique Ophtalmologique du Professeur P. BONNET

*Tumeur mélanique du repli semi-lunaire gauche.
Entropion sénile de la paupière inférieure droite.*

D... Henri, 74 ans. — Le malade est adressé à la Clinique Ophtalmologique pour entropion sénile de la paupière inférieure droite.

On découvre, à l'occasion de l'examen, que le malade est porteur, du côté gauche, d'une tumeur mélanique du repli semi-lunaire. Il déclare que cette tache est apparue il y a une vingtaine d'années. Elle ne s'accompagne, actuellement encore, d'aucune gêne fonctionnelle.

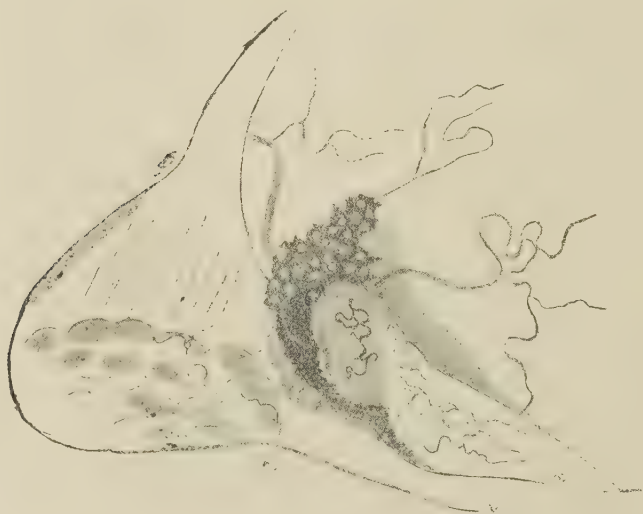


FIG. 9. — D. Henri. Aspect biomicroscopique de la tumeur, observé à la lampe à fente.

Examen biomicroscopique à la lampe à fente (fig. 9).

La tumeur occupe le bord libre du repli semi-lunaire qu'elle déforme, et empiète sur la conjonctive bulbaire. La partie supérieure du repli est libre, bien délimitée par un bord tranchant, non modifié, sans vascularisation particulière. La moitié inférieure du repli est au contraire saillante et s'étend en bour-

relet vers le cul-de-sac conjonctival inférieur, débordant d'environ deux millimètres le bord libre resté intact. Ce bourrelet saillant est adhérent à la conjonctive bulbaire. Blanchâtre dans sa partie inférieure, près du cul-de-sac, il se teinte d'un noir charbonneux, bleuté par transparence, à la partie supérieure, en direction du bord resté libre et indemne. L'extrémité supérieure du bourrelet se poursuit, sur la conjonctive bulbaire voisine, en un tapis pigmenté brunâtre, interrompu de façon régulière, par des taches claires, arrondies, bien circonscrites, comme si le pigment était interrompu par des formations glandulaires. Une vascularisation anormale parcourt le bourrelet saillant, comme si des vaisseaux, venus de la profondeur, venaient se résoudre, en surface, en de petites arborisations. La caroncule, relativement distante de la tumeur, est normale, sans pigmentation particulière.

Opération, 7 mars 1939. — Œil droit : l'entropion est traité par résection d'un croissant cutané, emportant avec lui une bande musculaire de l'orbiculaire. Œil gauche : A distance de la tumeur, aux deux extrémités supérieure et inférieure du repli semi-lunaire, un fil de catgut fin est placé, il sert de tracteur pour extérioriser le repli semi-lunaire et permettre l'exérèse sans le secours de la pince à disséquer. Le couteau de Lagrange circonscrit la tumeur du côté caroncule, puis clive la tumeur, du côté de la conjonctive bulbaire, empiétant profondément jusqu'à l'épiscière. La brèche conjonctivale est fermée par un surjet au catgut, à l'aide des fils tracteurs placés au début. Suites opératoires simples.

Examen histologique de la tumeur (Docteur Colrat).

— On retrouve, à la périphérie, un épithélium ectodermique muqueux, sous lequel se voit une nappe de cellules pigmentées. Ces éléments sont tantôt allongés, d'aspect sarcomateux, tantôt arrondis avec un protoplasma visible, du type épithélial, ébauchant parfois des globes épidermiques. Nulle part on ne

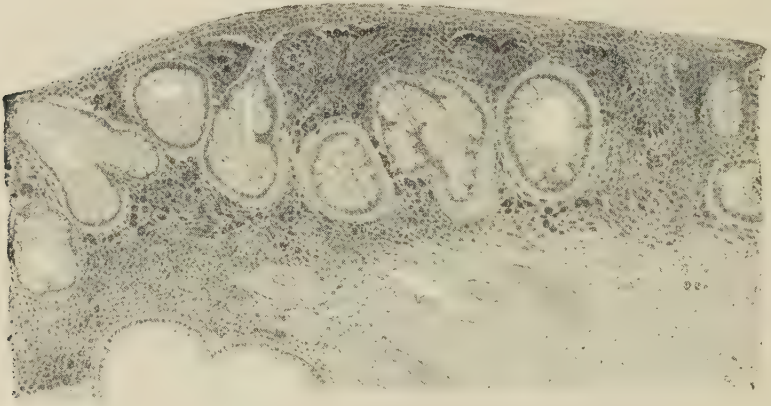


FIG. 10. — *D. Henri*. En surface, épithélium de revêtement métaplasique, ayant pris des caractères malpighiens imparfaits, sans kératinisation.

Assise de glandes de type sébacé, dont un microkystique, dont on ne voit qu'une portion (partie inférieure gauche du dessin).

Sous l'épithélium de revêtement et entre la couche superficielle des glandes, infiltrat dense par des cellules naeviques assez polymorphes ; beaucoup d'entre elles sont monstrueuses (la plupart chargées de pigment mélanique ; quelques-unes achromiques).

voit de noyaux monstrueux. Il s'agit bien d'une tumeur naevique dont la malignité histologique est certaine, mais semble faible (fig. 10).

Ce malade est revu le 21 octobre 1940, parfaitement guéri.

OBSERVATION VI

PFLUGER. — Clinique Universitaire d'Ophtalmologie de Berne, 1883 (Jahresbericht), analysée dans l'article de Rumschewitsch.

Pflüger a décrit un sarcome mélanique du repli semi-lunaire.

Un homme, âgé de 39 ans, avait remarqué à l'œil droit, pour la première fois, quatre ans avant l'examen, une petite tumeur bronzée qui augmenta progressivement jusqu'à former dans le territoire de l'angle interne, une néoformation saillante, reliée au repli semi-lunaire par un pédicule. Au milieu de la face interne de la paupière supérieure, on remarquait de même une tache noire de l'apparence d'une lentille. A l'examen, la tumeur se révélait comme une sarcome mélanique.

Après l'opération, une récurrence survint à la partie inférieure de la conjonctive bulbaire et de la paupière, sous forme d'une infiltration étendue de la conjonctive.

OBSERVATION VII

RUMSCHEWITSCH (K.). — Ein mélanotisches Sarkom der Plica semilunaris. *Kl. monatsbl. f. Augenheilk.* 1891, XXIX, p. 261.

M... A., étudiant, 22 ans, me demanda conseil, en 1885, pour un catarrhe conjonctival aigu. Un an plus

tard, il vint me voir de nouveau pour myopie. Cette fois je remarquai, exactement au milieu du bord libre du pli semi-lunaire, une petite tache noire, qui avait l'aspect d'un corps étranger. Je pus cependant me convaincre qu'elle était située dans l'épaisseur du tissu lui-même. La tache tranchait sur l'œil d'autant plus que les cheveux du malade étaient clairs et la teinte du visage anormalement blanche. Je proposai au malade d'enlever sans retard la néoformation ; mais le malade n'y consentit pas, de sorte qu'il ne me resta qu'à lui faire remarquer qu'il devait toujours avoir l'attention portée sur la tache. En effet, le malade reparut après deux mois, et réclama lui-même l'opération, parce que la tache avait atteint le volume d'un grain de chenevis. La tumeur apparaissait si plane que sa surface ne dépassait presque pas le niveau du pli. Il n'y avait pas d'autres altérations sur la conjonctive. J'enlevai immédiatement la tumeur avec le tissu sain qui l'entourait.

L'examen histologique montra : la tumeur était située dans le tissu-même du pli, entourée d'une couche épithéliale tout à fait normale. L'épithélium paraissait seulement un peu épaissi à un endroit correspondant au bord interne de la tumeur et formait là des figures en massues qui se dirigeaient vers la profondeur. L'épithélium était séparé de la néoformation par une mince couche de tissu conjonctival tout à fait normal. La néoformation elle-même consistait en un réseau de fines travées qui renfermaient un tissu conjonctif fibrillaire clairsemé et consis-

taient surtout en vaisseaux sanguins étroits et en petites cellules pigmentées rondes et fusiformes ; immédiatement à côté des vaisseaux sanguins on trouvait aussi des cellules lymphoïdes. Les travées formaient un réseau à mailles grossières dont les mailles étaient remplies de petites cellules rondes finement grenues, ordinairement à un noyau, plus rarement avec deux noyaux ; ces dernières cellules étaient plus grosses et de forme allongée. Les cellules qui se trouvaient dans les mailles du réseau ne contenaient en général pas de pigment ; ce dernier se trouvait principalement dans les cellules qui étaient situées tout près des travées du réseau.

Il ne subsistait aucun doute que nous avions ici affaire à un sarcome mélanotique alvéolaire. Il était facile de se convaincre que lors de l'ablation de la tumeur la section avait porté en tissu tout à fait normal ; et cependant, trois mois après l'intervention, je trouvais sur la conjonctive, dans le territoire de l'angle externe et la paupière inférieure, sur une étendue de deux millimètres, une infiltration pigmentée du tissu. Devant la perspective d'une opération, le malade se refusa et je ne l'ai plus revu. Le médecin qui l'observait me communiqua que la tumeur avait augmenté d'étendue très vite et déjà deux mois après le retour du malade chez ses parents, elle avait atteint le volume d'un œuf de pigeon. Il refusa encore une nouvelle opération. Peu de temps après, il fut atteint du typhus exanthématique et mourut.

OBSERVATION VIII

DE BERARDINIS. Mélano-sarcome du repli semi-lunaire. *Ann. di Ottal*, 1902, p. 207.

H..., 16 ans. Le sujet présente depuis quelques années une petite tache brune qui, depuis plusieurs mois, augmente rapidement.

L'examen montre, sur le milieu du repli semi-lunaire de l'œil gauche, une tache ovale, légèrement surélevée, des dimensions d'une lentille, à limites nettes, faisant corps avec le repli et respectant la caroncule. Pas d'adénite préauriculaire. Le globe oculaire était normal.

On excise de deux coups de ciseaux la tumeur et l'on met un point de suture.

Examen histologique. — L'épithéliome de revêtement est à peu près continu, normal, aminci ou hyperplasié. Le derme sous-jacent est largement envahi par des éléments variés, arrondis ou fusiformes, fréquemment pigmentés. Le pigment est le plus souvent répandu dans le protoplasma, mais intéressant souvent le noyau. On trouve encore du pigment dans les espaces intercellulaires. Les vaisseaux sont normaux ; leur paroi n'est pas détruite par le néoplasme et il n'y a pas de circulation lacunaire. L'A. conclut qu'il s'agit d'un mélano-sarcome développé sur un nævus préexistant et insiste sur les difficultés de diagnostic histologique de malignité.

OBSERVATION IX

CLAES, Tumeur du repli semi-lunaire. *Soc. Belge
d'Ophth.*, 1925.

Femme de 54 ans. La malade présente un nævus kystique du repli semi-lunaire, sans changement depuis la naissance. Elle a également d'autres nævi cutanés. Ablation facile.

Histologiquement, il s'agit d'une tumeur constituée par de nombreuses cellules næviques pigmentées ou non en infiltration dans le tissu conjonctif sous-jacent. Il existe de très nombreux kystes muqueux entourés de cellules pigmentaires. La présence de ces kystes semble être liée à l'abondance exceptionnelle de cellules muqueuses de l'épithélium de recouvrement de la tumeur. Celle-ci renferme également des cellules pigmentaires juxta-vasculaires. On ne voit aucune mitose.

Ces constatations histologiques semblent concorder avec la théorie épithéliale des cellules næviques.

CONCLUSIONS

I. — Les Tumeurs du repli semi-lunaire passent pour être exceptionnelles. Nous avons pu en recueillir 26 cas, épars dans la littérature médicale.

II. — Parmi ces tumeurs, les tumeurs mélaniques sont de beaucoup les plus fréquentes. Nævi et nævo-carcinomes représentent la moitié des cas publiés. Nous apportons ici cinq observations appartenant à la Clinique du Professeur P. Bonnet.

III. — Les tumeurs mélaniques du repli semi-lunaire se présentent soit comme une petite tache, soit comme une petite tumeur noire, que l'on peut prendre pour un corps étranger. Elle peut se montrer pédiculée sur le bord libre du repli. De tout petit volume au début, elle peut atteindre le volume d'un pois, d'une noisette.

IV. — L'examen bio-microscopique, à la lampe à fente, indispensable au diagnostic, peut seul renseigner sur le caractère de malignité probable de la tumeur.

V. — La plupart des tumeurs mélaniques soumises à l'ablation, alors même que l'on croit avoir enlevé

un nævus quiescent, se révèlent histologiquement malignes ; ce sont des nævocarcinomes.

VI. — L'évolution clinique ne semble pas, dans la plupart des cas, correspondre à la malignité histologique de la tumeur. Les récidives sont rares après ablation. Quelques observations cependant montrent qu'il ne faut pas compter, sans restriction, sur la bénignité de l'évolution.

VII. — En raison de la difficulté que rencontre l'examen clinique pour affirmer le degré de malignité de la tumeur, on peut poser en principe que tout nævus pigmenté du repli semi-lunaire, à condition qu'il soit limité, s'il ne peut être l'objet d'une surveillance rigoureuse, doit être soumis à l'exérèse.

VIII. — L'ablation chirurgicale apparaît comme le traitement de choix, préférable à l'électro-coagulation. L'opération, conduite avec une extrême prudence, enlève en bloc le repli semi-lunaire avec la tumeur qu'il porte.

Vu :

Le Doyen,
JEAN LEPINE.

Vu :

Le Président de la Thèse,
BONNET.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 15 Octobre 1940

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ.
A. LIRONDELLE.

BIBLIOGRAPHIE

- ALAJMO et ACCARDI. — Considérations anatomiques sur le repli semi-lunaire. *Ann. Oculist.*, 171, p. 265, 1934.
- ALEXIADÈS. — Un cas de sarcome primitif de la caroncule et du repli semi-lunaire. *Arch. Opht.*, 1933.
- BONNET et BONAMOUR. — Les Nœvo-carcinomes du repli semi-lunaire. *Soc. Opht. de Lyon*, 14 janv. 1938, in *Bull. de la Soc. Opht. de Paris*, p. 81, juin 1933.
- DE BERARDINIS. — Melanosarcoma della plica semi-lunare. *Annali di Opht.*, XXX, p. 35, 1902.
- DE BERARDINIS. — Affections de la caroncule et du repli semi-lunaire. *Soc. Opht.*, 16 avril 1907.
- BEAUVIEUX. — Fibrome télangié-ectasique. *Ann. Opht.*, p. 216, 1913.
- CLAES. — Tumeurs du repli semi-lunaire. *Soc. Belge Opht.*, nov. 1935
- CABÉ. — Contribution à l'étude des tumeurs de la caroncule et du repli semi-lunaire. *Soc. Opht. de Bordeaux*, 1912.
- CONTINO. — Cisti trasparente della plica semi-lunare e sua origine. *Clin. Ocul. Palermo*, XI, 1910.
- DRAK. — Un cas d'endothéliome du repli semi-lunaire. *Arch. Opht.*, 1928.
- EISLER. — Embryologie et Histologie du repli semi-lunaire. *Kurzer. Handb. der Opht.*, t. I, p. 234.
- EVERBUSCH. — Ueber einige verarbrungen der plica semi-lunaris. *Peilsch. f. der München*, 1883.

- FANO. — Polype du repli semi-lunaire de la conjonctive. *Journ. d'Ocul.*, p. 221, 1885.
- GALLEAZI. — Linphoma bilaterale della plica semi-lunare. *Boll. Ocul.*, octobre 1934.
- LIETO-VOLLARO. — Lympho-sarcoma der plica semi-lunaris. *Arch. Opht.*, XVIII, 1899.
- Lympho-sarcome du repli semi-lunaire. *Boll. Ocul.*, 1930.
- LUMBROSO. — Contributo clinica e istologica alla conoscenza dei tumori della plica semi-lunaris. *Rassegna. Ital. Opht.*, janvier 1933.
- MEIGHAN. — Case of Melanotic sarcom of the semi-lunar fold of the conjonctive. *Glagow Med. Journ.*, XXXVIII, p. 305, 1873.
- Case of Melanotic sarcom of the semi-lunar. *The Glasgow Chir. Soc.*, 1891.
- MORAX. — Cancer de l'appareil visuel. Doin, 1926.
- MORTON. — Fibro-myxomaya of plica semi-lunaris and lower conjunctival. *Opht. Soc. King.*, London, X, p. 64, 1889.
- MUSIAL. — Ein fall von lymphogranuloma malignan der semi-lunar falter der Auger. *Zeitsch. f. Augen*, I, p. 63, 1933.
- Hodgkin's disease of semi-lunar folds of ocular globe. *Polska Gaz.*, p. 50, 1934.
- PICCOLI. — Lympho-sarcome du repli semi-lunaire. Congr. Méd. Rome. *Arch. Opht.*, p. 384, 1894.
- Cisti glandulare della plica semi-lunaris con contenuto ematico. *Ac. Med. Chir. Napoli*, III, p. 121, 1898.
- PADERSTEIN. — Fibrome télangiectasique du repli semi-lunaire. *Arch. f. Augen*, XVIII, 1912.
- PFLÜGER. — Mélano-sarcome du repli semi-lunaire. *Beri um Augen*, in Bern, 1883.

- RUMSCHEWITSCH. — Ever Melanotische sarcom der plica semi-lunaris. *Klin. Mon. f. Augen*, p. 261, 1891.
- Zur ein Fall Hypertrophie der plica semi-lunaris. *Klin. Mon. f. Augen*, XL, p. 2, 1902.
- ROLANDI. — Un cas de Mélano-sarcome du pli semi-lunaire. *Ann. di Ottal.*, I, p. 7, 1914.
- SCHREIBER. — Zur pathologie der brindehaut teratoïdes osteom-hyalin tumor der semi-lunaris. *Arch. f. Pht. Leipzig*, 1913.
- SNELL. — A case of nævus of the plica semi-lunaris and two other cases of nævus of the conjunctive. *Opht. Soc. King London*, XIII, p. 39, 1892.
- VOSSIUS. — Lymphangiome caverneux du repli. *Klin. Med.*, 1887.
- CARBONI. — Di un granuloma della plica semi-lunare dell'aspetto di un linfosarcoma svoltosi intorno ad un frammento di arista di graminacca. *Arch. di Ottal.*, XIX, p. 390, 1922.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	9
Le repli semi-lunaire	13
Embryologie	13
Histologie	14
Considération d'ordre physiologique	17
Les tumeurs mélaniques du repli semi-lunaire	19
I. — Etude clinique	19
II. — Traitement	25
III. — Anatomie pathologique	28
OBSERVATIONS	31
CONCLUSIONS	53
BIBLIOGRAPHIE	55



BOSC FRÈRES, M. & L. RIOU

°° °° °° IMPRIMEURS-ÉDITEURS °° °° °°

°° **42, QUAI GAILLETON, 42** °°

°° °° °° °° **LYON** °° °° °° °°



